FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N° 58

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre-Maurice-Ghislain HENNION

Né à Colombes (Seine), le 13 mai 1899

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU

LUPUS PRIMITIF

DE LA MUQUEUSE BUCCALE

Président : BEZANÇON, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre-Maurice-Ghislain HENNION

Né à Colombes (Seine), le 13 mai 1899

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU

LUPUS PRIMITIF

DE LA MUQUEUSE BUCCALE

Président : BEZANÇON, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—

1928

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	N.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN. .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ. . . .	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY. . .	Histologie.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC. . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
GARNIER . .	Pathologie expérimentale
GATELLIER .	Pathologie chirurgicale.
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE .	Anatomie.
HUTINEL. . .	Pathologie médicale.

MM.	
I. de JONG . .	Anatomie pathologique
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX. . .	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU. . .	Pathologie chirurgicale
METZGER . .	Obstétrique.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
QUÉNU. . . .	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils. .	Physiologie.
SÉZARY . . .	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VELTER. . . .	Ophtalmologie.
VERNE. . . .	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
GOUGEROT .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALGLAVE . .	Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale
LE LORIER. .	Clinique obstétricale.	VILLARET . .	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.		

V — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A M. le Professeur BEZANÇON

Professeur de clinique médicale à la Faculté
de Médecine de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

En témoignage de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse, en y joignant l'assurance de notre profond et respectueux dévouement.

Nous adressons notre très reconnaissant souvenir à tous les maîtres de la Faculté de Médecine de Paris et de la Faculté de Médecine de Lille qui tant à l'amphithéâtre qu'à l'hôpital nous ont aidé de leurs conseils et encouragés de leur exemple.

Nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte de remercier M. le Docteur Roy, stomatologiste des hôpitaux, pour l'accueil qu'il nous a réservé dans son service, et les enseignements précieux que nous y avons puisés.

M. le Docteur Chompret, stomatologiste de l'Hôpital Saint-Louis a bien voulu nous donner des conseils utiles à la rédaction de notre thèse. Nous lui en témoignons notre respectueuse gratitude.

Que nos maîtres de l'Ecole de Stomatologie trouvent ici tout particulièrement l'expression de notre reconnaissance et de notre profond et respectueux dévouement.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contributionletu0000vari_z7x1

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

LUPUS PRIMITIF DE LA MUQUEUSE BUCCALE

INTRODUCTION

Le lupus, mal redoutable, longtemps mystérieux, aujourd'hui bien étudié, frappe encore bon nombre de malades. C'est là un fait bien connu de tout étudiant en médecine qui fréquente, au cours d'un stage hospitalier, un des services de dermatologie de l'Hôpital Saint-Louis, merveilleux centre d'enseignement et d'étude des maladies du revêtement cutané. Sans doute ne voit-on plus aujourd'hui les formes horrifiques que les anciens auteurs décrivaient sous le nom de lupus. « On voit, disait autrefois Bazin, entre les ouvertures nasales, le vomer et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde se raccourcir de jour en jour, la langue se détruit par parties, et bientôt se trouve réduite à un moignon informe, placé au fond de l'antre qui représente la bouche et les fosses nasales, réunies par suite de la chute des dents et de la destruction de la voûte palatine. Le plancher de l'orbite ne tarde pas à s'écrouler, et les globes oculaires tombent, retenus

seulement par les nerfs optiques auxquels ils se trouvent appendus comme à deux cordes... »

Voici certes un tableau impressionnant que nous ne voyons plus actuellement et qui nous paraît assez éloigné de la conception moderne du lupus. Peut-être cette affection tuberculeuse, mieux connue dans son essence et ses manifestations cliniques, est-elle aujourd'hui mieux et plus précocement traitée.

Mais le lupus des revêtements cutanés ne représente pas toutes les modalités de l'infection lupique et on connaît bien de nos jours les lupus localisés aux muqueuses. Parmi ceux-ci, il en est qui sont primitifs et qui ne succèdent pas au lupus de la peau. Par leur évolution insidieuse ils menacent de passer inaperçus et de se révéler seulement lorsque leurs dégâts sont déjà étendus.

C'est sur une des formes, très rare, du lupus primitif des muqueuses que nous voudrions insister dans ce petit travail.

Nous avons eu l'occasion, au cours de l'année qui vient de s'écouler, d'observer dans le service de notre maître M. le Dr Roy, stomatologiste de l'hôpital de la Pitié, deux malades atteints de lupus primitif de la fibro-muqueuse gingivale.

Dans le courant de la même année, M. le Dr Chompret, stomatologiste de l'Hôpital Saint-Louis et mon camarade Sassier présentaient à la Société de stomatologie un cas analogue de lupus primitif de la muqueuse buccale.

L'idée nous est venue d'étudier cette affection très rare, à l'exclusion bien entendu du lupus propagé de la peau à la muqueuse qui est loin d'être exceptionnel.

DÉFINITION

Le lupus des muqueuses a de nombreux points communs avec le lupus des revêtements cutanés qu'il accompagne très souvent.

Macroscopiquement, il est caractérisé par un tissu granuleux, chagriné, constitué par des nodules ou tubercules isolés ou formant par coalescence des lésions planes étendues, de véritables néoplasies, le tout pouvant subir la dégénérescence caséeuse.

Histologiquement, on peut y mettre en évidence des follicules tuberculeux intra-dermiques plus ou moins limités, et qui ont l'organisation du follicule de Köster : cellules géantes, cellules épithélioïdes, cellules lymphoïdes, avec ou sans réaction des tissus environnants.

Cliniquement, enfin, il est caractérisé par la lenteur, la torpidité du processus, l'absence ou l'atténuation des signes subjectifs et dans la grande majorité des cas par la bonne santé apparente des malades qui en sont atteints.

Ajoutons que, comme dans les autres formes de lupus, les bacilles de Koch y sont rares, et que les inoculations en série donnent des résultats positifs.

HISTORIQUE

Le mot lupus, depuis les origines de la médecine, s'est appliqué à des lésions ulcéreuses phagédéniques à marche lente et progressive, et les auteurs qui employaient ce terme l'appliquaient à des affections cutanées très différentes de nature. « Ce mot lupus, dit Kaposi (1) est passé de bonne heure du langage vulgaire dans la terminologie médicale, pour désigner les ulcères rougeants (noli me tangere, tentigo prava, herpes esthiomenas) qui tendent constamment à s'étendre sur les tissus voisins, et, comme le disait Manardus : quasi lupus famelicus proximos sibi carnes exedit. »

D'après Lenglet, c'est en général le tableau de l'herpès esthiomène qui paraît le mieux s'adapter au lupus, dans les descriptions qu'en donnent les anciens auteurs. Dans cette première période qui s'étend depuis Hippocrate jusqu'au début du XIX^e^ siècle, seul Lorry tente une classification rationnelle de l'affection qui nous occupe. Dans le courant du XVIII^e^ siècle, Jean Dolée fait remarquer, le premier,

1. Kaposi, *Leçons sur les maladies de la peau.* Traduites et annotées par E. Besnier et Doyon, t. III, p. 253, 1881.

que beaucoup d'auteurs appellent lupus les ulcères rongeants du nez.

Mais il faut arriver à la fin du XVIII[e] siècle et au début du XIX[e] pour voir le premier essai de classification morphologique du lupus par Willan. Le premier, il étudie des lésions du revêtement cutané de la face pouvant aboutir à des ulcérations, et il décrit le nodule, le tubercule lupique. C'est donc à juste titre que les dermatologistes, depuis cette époque, désignent le lupus vulgaire sous le nom de lupus de Willan.

Par la suite, chacun apporte des précisions nouvelles aux connaissances déjà établies, et si depuis Willan l'unité nosographique du lupus est admise par presque tous les auteurs, il existe de profondes divergences quant à sa nature même. Bazin notamment confond sous le même terme des lésions qui ne peuvent être imputées qu'à la syphilis héréditaire tardive. La description du lupus que donne cet auteur et qui figure en tête de cette thèse nous semble évidemment beaucoup plus près de la syphilis tertiaire que de l'infection lupique, et encore, ce serait là une forme bien sévère de syphilis. En fait Bazin crée un genre lupus dans lequel il range bon nombre d'affections différentes.

La découverte du bacille de la tuberculose par Kock en 1882, va permettre de montrer la nature tuberculeuse du lupus et de séparer celui-ci des affections avec lesquelles on le confondait jusqu'alors. Aujourd'hui tous les dermatologistes sont

d'accord pour voir dans le lupus un processus tuberculeux à caractère bien défini.

Mais si, depuis Willan, l'étude clinique du lupus de la peau était poursuivie avec vigueur, le lupus des muqueuses qui nous intéresse n'a conquis que plus tard sa place dans la nosographie.

Il semble que ce soit Travers qui, le premier, en 1829, signale les scrofulides des muqueuses. Puis Arnal, en 1832, et Rayer, en 1835, signalent la propagation du lupus de la face aux muqueuses avoisinantes et indiquent déjà le début fréquent du lupus cutané par la pituitaire.

Biett, Alibert, Devergie, Cazenave connaissent et décrivent le lupus des fosses nasales, de la cavité buccale, des gencives, de la voûte et du voile du palais, du pharynx. Cazenave, le premier, semble-t-il, a décrit le lupus primitif des muqueuses, ne s'accompagnant d'aucune scrofulide de la peau.

Vers la fin du XIX^e^ siècle, une série de monographies met au point l'étude du lupus des muqueuses :

La thèse de Momel en 1877, celle très complète de Raulin, des observations publiées par Max Schäffer, Desnos, A. Koch, Lemaitre font connaître le lupus de la pituitaire.

La thèse de Poyet en 1880, les travaux de Chiari, la remarquable thèse de Marty en 1888 complètent l'étude du lupus du larynx.

Les observations de Homolle en 1875 et de Leloir en 1885 et 1888 montrent l'existence du lupus de la langue.

Enfin, en 1905, Rabourdin fait dans sa thèse l'exégèse et la mise au point des travaux antérieurs sur les lupus primitifs des muqueuses. Mais il ne parle pas du lupus primitif de la muqueuse buccale et n'en donne pas d'observations. En 1913, le professeur Collet dans son *Traité sur la tuberculose du larynx, du pharynx et du nez*, étudie le lupus des muqueuses mais laisse dans l'ombre le lupus de la cavité buccale.

Dans ces dernières années de nombreuses monographies sont venues enrichir le chapitre du lupus des muqueuses, mais si on trouve dans la littérature médicale de nombreuses observations de lupus propagé à la gencive et à la muqueuse buccale, par extension d'un lupus de la peau ou des cavités aériennes contiguës, celles concernant le lupus primitif de la muqueuse buccale sont extrêmement rares.

En effectuant des recherches, à la suite de notre maître, M. Roy, à la bibliothèque de la Faculté de Médecine, recherches portant sur ces quarante dernières années, nous n'avons pu en trouver que quelques exemples. Nous avons consulté sans beaucoup plus de succès, les archives de la bibliothèque Feulard à l'hôpital Saint-Louis.

C'est à Hutchinson (1), nous semble-t-il, que revient l'honneur d'avoir signalé le premier le lupus primi-

1. Hutchinson, *Lupus beginning on the gum and in association with great œdematous hypertrophy of upper lip*. Arch. Surg. London, 1889-1892.

tif buccal. Un point intéressant de son observation était que ce lupus s'était étendu secondairement à la lèvre et à la face.

En 1903 Möller (1), puis Petges (2), Sequeiro (3), observent des lupus de la fibro-muqueuse gingivale et de la muqueuse buccale. En 1922 (4), J. C. Siemens en publie une observation.

MM. Frey et Charles Rupp dans leur *Traité de Pathologie de la bouche et des dents* signalent le lupus de la muqueuse buccale, montrent qu'il peut être primitif et en donnent une excellente description.

Au cours d'une carrière longue de trente années, notre maître M. Roy, n'a observé, tant à l'Hôpital de la Pitié que dans son service de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, où il a vu passer un nombre considérable de malades, que sept cas semblables dont toutes les observations malheureusement n'ont pas été conservées. Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir suivre deux de ces malades sous sa direction, et nous en donnons les observations à la fin de cette thèse. Un troisième malade, opéré avec un succès remarquable par M. Roy à la Pitié, présentait une lésion gingivale possédant tous les

1. Möller, *Lupus de la muqueuse buccale et pharyngée.* Société de dermatologie de Stockolm, 29 janvier 1903.

2. Petges, *Lupus de la gencive supérieure et du nez. Journal de médecine de Bordeaux*, 1906, XXXVI, p. 154.

3. Sequeiro, *Lupus vulgaris of the tongue, gums, palate and nose*, B. J. D., janv. 1906, p. 42.

4. J. L. Siemens, *Présentation d'un cas traité de lupus des muqueuses de la bouche et du pharynx, sans lupus de la peau.* Nederl. Tigischr. V. Geneesk Haarlem, 1922.

caractères cliniques que nous décrirons plus loin, mais malheureusement la pièce opératoire qui devait servir à la biopsie fut égarée et nous n'avons pu avoir la preuve histologique. Ce malade âgé de 20 ans présentait des stigmates très nets de syphilis héréditaire, notamment une aortite dont son père et sa sœur étaient également atteints, de sorte qu'en l'absence du contrôle microscopique nous ne pouvons affirmer le lupus gingival, bien que ce soit notre conviction profonde.

L'observation de ce malade a été rapportée par M. Roy au cours d'une présentation à la Société d'odontologie (1) où notre maître a décrit avec l'autorité que lui confère sa longue expérience les symptômes cardinaux du lupus primitif de la gencive.

M. Chompret, stomatologiste de l'Hôpital Saint-Louis à qui la pathologie buccale doit de s'être enrichie de nombreuses et remarquables observations nous a autorisé à publier dans cette thèse les deux cas de lupus buccal primitif qu'il a publiés en 1909 et en 1927 et nous sommes heureux de pouvoir lui en témoigner ici notre reconnaissance.

1. Société d'Odontologie, 6 déc. 1927 *L'Odontologie*, janv. 1928.

ETIOLOGIE. PATHOGÉNIE

Depuis les dernières années du XIXe siècle, la cause déterminante du lupus est connue. Il n'en est qu'une, essentielle et indispensabe, c'est l'inoculation à la peau ou aux muqueuses du bacille de Koch.

Avant que cette preuve ne soit faite, deux théories se partageaient les faveurs des anciens auteurs, et tentaient d'éclairer la pathogénie du lupus.

Pour l'école étrangère, surtout pour les Anglais et les Allemands, le lupus était une manifestation de la syphilis héréditaire tardive. Ricord et Bucquoy se sont faits à cette époque les défenseurs en France de cette théorie et ont décrit les manifestations lupiques sous l'épithète qui a fait fortune de scrofulate de vérole. Mais dans sa grande majorité, l'Ecole française voyait dans le processus lupique une des formes si variées de la scrofule.

De nos jours, les cliniciens ont mis en pièce cette diathèse scrofuleuse et le lupus a été rattaché comme les gourmes, les adénites, les tumeurs blanches, à la tuberculose, tandis que les autres manifestations de la scrofule étaient considérées en général comme d'origine syphilitique héréditaire, surtout dans sa forme tardive.

Cette distinction par trop tranchée ne paraît pas justifiée, et le professeur Collet (1) voit dans l'ancienne scrofule une affection plus complexe. Pour lui, la scrofule ne reconnaît pas comme cause unique la tuberculose atténuée et la syphilis héréditaire mais elle englobe en plus des inflammations banales, impetigo, suppurations cutanées, amygdalites et adénites, le tout évoluant sur un terrain préparé par l'hérédité. En somme le scrofuleux deviendrait tuberculeux par suite de la vulnérabilité de ses tissus lymphoïdes constamment enflammés. « C'est l'hypertrophie des amygdales et du tissu lymphoïde du pharynx nasal (tuberculeuse ou non) et les phénomènes infectieux auxquels elle donne lieu avec la complicité d'infections banales ou spécifiques qui constituent le tableau clinique si souvent retracé de la scrofule. » Il semble évident que cette diathèse scrofuleuse avec ses lésions multiples peut servir de porte d'entrée à l'infection lupique, comme nous le verrons chez un des malades dont nous donnons l'observation plus loin.

En 1882, Koch, par sa découverte du bacille tuberculeux, allait permettre de prouver l'origine bacillaire du lupus. Koch lui-même et après lui Cornil, Leloir, Pfeifer et d'autres auteurs ont mis en évidence le bacille dans les tissus lupiques ; ce bacille est très rare et il faut pratiquer de nombreuses coupes pour le mettre en évidence. Dans un cas, Koch n'en a trouvé qu'à la 27e coupe, dans un

1. Collet, *Tuberculose du larynx, du pharynx et du nez*, 1913.

autre à la 47e. Cornil et Leloir rapportent de même, avoir trouvé un seul bacille dans les coupes d'une série de douze lupus. Koch a prouvé définitivement la nature tuberculeuse de l'infection lupique, en réussissant la culture du bacille de la tuberculose par l'ensemencement direct sur le sérum, d'un fragment de lupus excisé à la joue d'un enfant de dix ans.

De plus, des expériences bien conduites ont montré, à Cornil, Leloir, Hippolyte Martin la possibilité d'inoculer la tuberculose aux animaux en partant du lupus.

Existe-t-il, comme l'ont prétendu Leloir et Arloing, un bacille spécifique du lupus à virulence atténuée? Des observations nombreuses montrent que des bacilles virulents provoquent des lupus torpides et il vaut mieux admettre que la peau et les muqueuses offrent un terrain d'une résistance spéciale au microbe. Dans une de nos observations, la malade présentait un lupus à allure torpide et une tuberculose pulmonaire grave. Le début de ces deux affections semblait remonter à la même époque, et ces deux processus différents paraissaient de toute évidence reconnaître une infection bacillaire de même origine. D'ailleurs on voit souvent un lupus bien supporté pendant des années se compliquer tout d'un coup, à l'occasion du fléchissement des défenses générales de l'individu, d'une tuberculose viscérale grave. Une thèse toute récente (1) faite

1. Mlle Frey, *Du retentissement des manifestations tubercu-*

sous l'inspiration de M. le professeur Bezançon a mis ces faits en lumière.

Le bacille de Koch est donc la cause pathogène essentielle du lupus et il ne nous paraît pas qu'il soit nécessaire d'invoquer un microbe à propriétés spéciales, atténuées.

Avons-nous des lumières aussi précises sur les causes qui prédisposent la peau et les muqueuses à l'infection et à l'inoculation par le bacille de Koch.

Il faut d'abord signaler que le lupus ne semble pas héréditaire. Une enquête de Vidal chez les infirmiers de l'hôpital Saint-Louis, serviteurs des deux sexes qui se marient fréquemment entre eux, montre que les enfants naissants de ces unions ne présentent pas la néoplasie lupique.

Peut-être s'agirait-il d'une hérédité de terrain, car certaines peaux, certaines muqueuses paraissent plus fragiles, plus réceptives. Ce fait a été signalé notamment chez les individus dits lymphatiques. Mais ce sont surtout les traumatismes, les plaies accidentelles ou chirurgicales, les érosions des muqueuses, les fistules qui peuvent servir de foyer d'inoculation à la maladie. On a signalé souvent des lupus se développant au niveau de fistules anales ou coxalgiques, même après la guérison de celles-ci. Une de nos malades prétendait qu'une blessure de sa gencive avait marqué le début de son ulcère lupique, une autre avait une ulcération lupique au

leuses extra-pulmonaires sur la tuberculose pulmonaire de l'adulte. Paris, 1927.

niveau d'une dent fracturée et infectée sans signes de réaction apicale et sans fistules.

On peut aussi quelquefois déceler le foyer d'infection et la manière dont s'est effectué le transport du bacille jusqu'au point d'innoculation. Raulin dans sa thèse, cite le cas rapporté par Bresgen, dans lequel la malade avait puisé les germes morbides auprès de sa belle-sœur qu'elle soignait. Cette personne souffrait depuis longtemps d'un coryza chronique accompagné de prurit et se grattait l'intérieur du nez. Elle avait érodé avec son ongle sa muqueuse nasale et s'était inoculée ainsi les microbes contenus dans les crachats expectorés autour d'elle. De même MM. Rodier et Vincent ont présenté à la Société de Stomatologie (1) une malade atteinte d'un lupus des voies lacrymales, de la pituitaire et de la peau du nez et qui secondairement avait inoculé sa gencive, à l'endroit même où elle accrochait avec son index le bord supérieur de l'appareil prothétique qu'elle portait en bouche pour le retirer. M. Rodier estime que c'est vraisemblablement au cours de la répétition de ce geste que s'est produit un véritable essaimage par le doigt même de la malade.

En fait dans la plupart des cas, on ne trouve ni le foyer d'infection, ni la porte d'entrée, ni le procédé d'inoculation.

Les tuberculoses externes peuvent donc être à

1. *Revue de stomatologie. Un cas de lupus gingival,* fév. 1922.

l'origine d'un lupus. On a prétendu par contre que les tuberculeux pulmonaires ne sauraient être atteints de cette maladie. D'après Lenglet ils seraient vaccinés contre le lupus. Rabourdin était d'un avis contraire, et il cite le cas d'une malade atteinte de tuberculose pulmonaire chez laquelle on vit survenir un lupus de l'amygdale.

Nous avons déjà cité la malade atteinte de phtisie et présentant un lupus primitif de la gencive dont nous donnons plus loin l'observation. Evidemment il est exceptionnel de voir survenir un lupus de la peau chez les phtisiques, et une enquête dans les services hospitaliers spécialisés dans le traitement de ces malades suffit à le prouver. Mais le lupus des muqueuses demande souvent à être recherché, et serait peut-être rencontré plus souvent qu'on ne le croit.

Nous admettrons quant à nous que le bacille tuberculeux peut produire chez le même malade des tuberculoses atténuées comme le lupus et des tuberculoses graves comme la phtisie et que celle-ci peut survenir la première.

Le lupus des muqueuses est-il fréquent ? Le professeur Collet admet que le lupus des muqueuses comprend 6,64 % des cas de lupus. Il frapperait le plus souvent des sujets jeunes avant 30 ans, le plus souvent de la vingtième à la trentième année. On peut le voir commencer dans les premières années de la vie. Il atteint comme le lupus de la peau plus souvent les femmes que les hommes, sauf, d'après

Raulin, le lupus de la pituitaire qui serait un peu plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

La variété de lupus primitif qui nous intéresse semble se rapprocher des précédentes. M. Frey et Charles Ruppe admettent que le lupus buccal survient le plus souvent chez des sujets de 5 à 20 ans, surtout de sexe féminin.

Dans les quatre cas que nous rapportons, un des malades avait vu commencer son lupus à 10 ans, deux autres après 20 ans, enfin la dernière malade avait 51 ans lors de l'apparition de sa lésion. Trois d'entre eux étaient du sexe féminin et un du sexe masculin. Il nous paraît hasardeux de tirer des conclusions d'un nombre aussi restreint d'observations.

ANATOMIE PATOLOGIQUE

Le lupus des muqueuses reconnaît une structure identique à celle de tous les tissus tuberculeux. Friedlander le premier a montré que le nodule lupique présentait la même architecture histologique que le tubercule. Ce sont des formations de même ordre, définies par le follicule de Köster : cellules géantes, cellules épithélioïdes, cellules lymphoïdes.

Mais ces trois séries cellulaires ne sont pas, dans l'affection qui nous occupe, d'une organisation aussi schématique. Chacune de ces variétés cellulaires peut faire défaut, et une seule peut suffire à former le follicule lupique, à l'exclusion à peu près totale de toutes les autres. Les examens histologiques pratiqués sur les tissus enlevés à nos malades ont montré le plus souvent des follicules à type embryonnaire, dans un cas des follicules épithélioïdes. La cellule géante s'y retrouve presque toujours, en général bien développée, de volume considérable, avec une couronne nucléaire riche en noyau, et une zone centrale très grande. Parfois les follicules proprement dits peuvent manquer et l'on voit alors des îlots de cellules lymphoïdes ou

épithélioïdes sans cellules géantes, celles-ci pouvant être trouvées isolées. Ce sont là des dispositions atypiques qui nécessitent un examen attentif, pour pouvoir affirmer la nature lupique de la lésion. Les follicules tuberculeux sont dépourvus de vaisseaux et à leur pourtour, les petits vaisseaux sont oblitérés.

Donc le follicule de Köster est la base anatomique du tissu lupique. Quelle est la constitution générale de ce tissu lupique ? Comment s'organise-t-il ?

Les nodules lupiques se développent dans le derme en nombre variable. Ils peuvent rester isolés séparés les uns des autres par un tissu sain, ou par un tissu qui réagit par la sclérose contre l'extension du processus. Ou bien ils peuvent confluer, et s'entourant d'un amas de cellules plasmatiques, d'une infiltration embryonnaire ils peuvent former un plasmome, une véritable néoplasie lupique s'étendant en nappes continues de plusieurs millimètres. C'est cette dernière forme qui semble la plus commune dans le lupus des muqueuses.

« Donc le lupus, dit Lenglet, est constitué par un simple nodule, follicule tuberculeux, perdu en un point du derme, sans ramifications voisines, enserré dans la sclérose de réaction ; tantôt par le même nodule resté sans limites nettes, envoyant autour de lui de nombreux tractus embryonnaires, comme autant de racines qui marquent l'extension de la substance virulente ou toxique. »

Le tissu conjonctif et le tissu épithélial réagissent

et prolifèrent autour des nodules qui les envahissent.

Le tissu conjonctif du derme présente des altérations variables. Il peut être sain et séparer ainsi les nodules. Mais dans le lupus exedens, dans le lupus qu'a envahi un processus inflammatoire secondaire, ou dans ceux qui réagissent vivement sur les tissus voisins par la virulence de leurs agents pathogenes, ce tissu conjonctif est le plus souvent envahi par des cellules jeunes ou des cellules inflammatoires, plus ou moins nombreuses, qui entourent le nodule lupique et s'étendent sans démarcation au delà de ses limites.

Les réactions épithéliales semblent être fréquentes dans le lupus des muqueuses, puisqu'elles existent dans 3 des cas que nous citons à la fin de cette thèse. Dans le lupus, en général l'atrophie épithéliale se voit surtout dans la forme nodulaire non diffuse. Mais dans le lupus exedens, à infiltration diffuse, l'épithélium se met en général à proliférer et l'on voit les prolongements interpapillaires s'allonger. Ces bourgeonnements, ces digitations s'enfoncent dans la masse lupique toute entière et se ramifient dans sa profondeur et dans tous les sens. En général cette prolifération n'a pas le caractère malin, mais parfois ces bourgeons épithéliaux prennent l'apparence du cancer épithélial et il peut devenir très difficile de différencier ces lupus au point de vue histologique .

« En résumé, dit Lenglet, le lupus nodulaire plan, le lupus de Willan, enchassé dans le derme sous la

forme de grains de sucre d'orge est la manifestation clinique la plus simple, comme aussi la plus simple manifestation anatomo-pathologique de la tuberculose lupique. Il correspond à la confluence de nodules ou de follicules tuberculeux, en voie de dégénérescence homogénéisante ou déjà transformés par ce processus, isolés dans le derme qui réagit parfois à peine autour d'eux.

« Le lupus exedens, le lupus tuberculeux au sens dermatologique du mot est au contraire un lupus à néoplasie complexe où le tissu conjonctif, l'épithélium, les vaisseaux participent en proportions diverses, à la formation de l'infiltrat sans limites, bourgeonnant, qui donne à la masse totale son aspect clinique. »

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes habituels du lupus primitif buccal ont de nombreux points communs avec les symptômes du lupus primitif des muqueuses. Ils se caractérisent par l'apparition d'une ulcération ou d'un infiltrat lupique par l'absence d'adénopathie, par l'absence ou l'atténuation des symptômes subjectifs, par l'évolution silencieuse, torpide, et enfin par le bon état général habituel des malades. Le phénomène le plus saillant, c'est la présence sur la muqueuse buccale ou la fibro-muqueuse gingivale, d'une lésion qui peut être découverte au cours d'un examen de la denture, alors que le malade ne s'en était pas aperçu.

Cette infiltration lupique semble commencer avec une prédilection particulière sur la fibro-muqueuse gingivale, peut être parce que celle-ci est la plus exposée des muqueuses buccales aux irritations et aux traumatismes. M. Roy, qui a eu l'occasion comme nous l'avons dit de voir dans sa longue carrière plusieurs cas de cette affection, en a décrit deux formes un peu différentes (1). Dans une première forme, seule la muqueuse vestibulaire est atteinte,

1. Roy, *Odontologie* janvier 1928.

la fibro-muqueuse reste indemne. On voit alors une lésion circonscrite, superficielle, bourgeonnante, dont la couleur et l'aspect rappellent celui d'une framboise. Les bords de l'ulcération sont assez bien délimités, mais à faible distance on voit des bourgeons rouges foncés qui semblent indiquer l'extension du processus lupique. Dans cette forme limitée il n'y a pas de lésions osseuses.

La seconde forme atteint la fibro-muqueuse gingivale proprement dite. L'aspect clinique traduit la variété anatomique d'infiltration lupique dont nous avons parlé. C'est une véritable plaque néoplasique sans limites nettes, de coloration rouge foncé, chagrinée, granuleuse, sur laquelle on aperçoit par places, enchassés dans la muqueuse, des nodules jaunes rouges ou rouges foncés parfois transparents. Mais ici l'infection plus sévère se traduit par des décollements gingivaux, des ulcérations qui dénudent le rebord alvéolaire. Celui-ci subit une résorption plutôt qu'une nécrose et les dents déchaussées s'ébranlent et tombent. L'exploration du maxillaire à la sonde ne permet pas de déceler des foyers de nécrose osseuse et l'on ne trouve pas de séquestres.

En fait, on peut considérer ces deux formes comme une même lésion prise à deux stades différents de son évolution. Son caractère dominant, c'est la présence sur la muqueuse buccale d'une plaque ulcérée rouge foncé, granuleuse, sans limites nettes.

Cet aspect très spécial, granuleux, mamelonné, semble être constant dans le lupus buccal, car

MM. Frey et Charles Ruppe le décrivent comme suit « Au début, le lupus gingival se traduit par une simple coloration violacée de la muqueuse qui devient bientôt mamelonnée, recouverte de petites éminences miliaires conglomérées lui donnant un aspect granuleux, framboisé, muriforme ; ultérieurement il s'ulcère et, à sa surface, se forment des plaques rouge vif sans contour défini, à fond granuleux, à bords mous et peu saillants. » Le professeur Collet donne une description identique du lupus des muqueuses, et insiste sur ce fait que le nodule est remplacé le plus souvent par des granulations formant des plaques irrégulières à surface bosselée ou finement granuleuse.

Le plus souvent il n'y a pas de suppuration. Parfois on voit un exsudat séro-fibrineux au fond des culs-de-sac gingivaux ou à la surface du placard lupique, mais il suffit de l'essuyer avec un coton pour faire reparaître la couleur framboisée. Un des malades observés par M. Chompret avait son ulcération recouverte le matin de fausses membranes brun noirâtre identiques à celles que l'on a signalées dans le lupus de la pituitaire. Ce malade présentait une synéchie étendue du pharynx au voile du palais et ne pouvait respirer que par la bouche desséchant ainsi les sécrétions de sa muqueuse. On ne trouve jamais d'adénopathies, les ganglions sous-maxillaires, jugo-carotidiens ou sous-mentaux ne sont pas engorgés.

Les symptômes subjectifs sont pour ainsi dire

inexistants. Il n'y a pas de douleurs spontanées, pas de gêne de la mastication, aucune sensation pénible au chaud et au froid. Seule, parfois, la brosse à dents éveille une sensation légèrement douloureuse, mais en somme peu marquée. Cette analgésie habituelle s'accompagne parfois d'anesthésie, et les sensations de toucher et de contact paraissent moins vivement perçues qu'au niveau des parties saines. Il n'y a pas de trismus, pas de salivation. Cette latence des phénomènes subjectifs fait comprendre pourquoi les malades ne se rendent compte de l'existence de leur lésion muqueuse que lorsque celle-ci a déjà pris un certain développement.

La bonne santé habituelle des malades, l'absence de signes généraux sont aussi absolument remarquables. Le plus souvent, il s'agit d'individus qui semblent jouir d'un excellent état physique et M. Chompret a observé un cas où la lésion datant de vingt ans n'avait pas déterminé de tuberculose viscérale.

Quelle est l'évolution de ces lupus ? Elle est très lente, torpide. C'est une tuberculose locale atténuée qui paraît passer par des phases d'aggravation suivies d'un temps d'arrêt. Il semble que cette variété de lupus des muqueuses ait peu de tendance à la cicatrisation spontanée. On peut cependant la voir cicatriser en un point et s'étendre au contraire vers d'autres régions par une marche serpigineuse. Elle tend à envahir la muqueuse de proche en proche et

à gagner ainsi le voile du palais et les voies aériennes supérieures. Parfois même elle peut comme dans le cas cité par Hutchinson se propager à la peau de la face.

Mais le gros danger que représente ce lupus gingival, comme tous les autres lupus des muqueuses ou du revêtement cutané, c'est la possibilité d'une généralisation de l'infection tuberculeuse. Sans doute ce n'est pas la règle, et comme nous venons de le voir, ces malades conservent longtemps un bon état général. Mais qu'un beau jour les défenses organiques fléchissent, que survienne une maladie intercurrente qui débilite le malade et l'on pourra voir apparaître une tuberculose viscérale, pulmonaire le plus souvent. Renouard (1) l'a indiqué dans sa thèse, il y a déjà longtemps et Doutrelepont (de Bonn) a même rapporté un cas de méningite bacillaire avec bacilles de Koch dans le sang, consécutif à un lupus de la face.

Ce danger d'une infection tuberculeuse grave possible doit faire porter un diagnostic réservé et indique la nécessité d'un traitement énergique local et général.

1. Renouard, Thèse de Paris, 1884.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Le lupus buccal primitif est d'un diagnostic délicat; « le lupus des muqueuses, dit Brocq, est fort difficile à diagnostiquer au début, à moins qu'il ne coïncide avec un lupus caractéristique des téguments. Plus tard, il devient reconnaissable à la rougeur de la muqueuse qui est inégale, comme mamelonnée, et qui présente de petites saillies qui saignent au moindre contact. Le plus souvent il s'exulcère et il se forme de larges plaques d'un rouge vif à surface granuleuse ». Toutes ces descriptions très exactes que nous avons données et qui s'appliquent à merveille au lupus gingival sembleraient indiquer que celui-ci, lorsqu'il est à un stade avancé de son développement, est facile à diagnostiquer étant donné surtout son évolution torpide. Mais il n'en est pas toujours ainsi, surtout lorsqu'il constitue une trouvaille au cours d'un examen de la denture et que le malade ne peut préciser à quel moment il est apparu.

Sans doute, il peut y avoir des cas où le diagnostic est grandement facilité par des signes d'infection bacillaire. Une phtisie, rare d'ailleurs, des

1. Brocq, *Dermatologie pratique*, t. I.

cicatrices, des fistules de tuberculose externe, la notion d'un foyer d'infection où vit le malade peuvent guider la recherche clinique.

Quelles sont les affections à marche chronique de la muqueuse gingivale qui peuvent simuler cette affection ?

L'actinomycose est une affection également rare au niveau des gencives, sa localisation étant le plus souvent temporo-maxillaire. Elle ne pourrait ressembler à un lupus qu'à son début lorsqu'elle est au stade de tumeur, de tuméfaction plus exactement, adhérente aux plans profonds ligneuse, faisant corps avec l'os. L'évolution de cette affection est également lente, sans adénopathie, à moins qu'il n'y ait des suppurations secondaires.

Plus tard cette tumeur devient fluctuante, la suppuration s'établit et l'exploration au stylet des trajets conduit sur un os nécrosé avec parfois des séquestres. On ne voit pas toujours les grains jaunes caractéristiques de l'actinomycose. Le plus souvent il y a des signes fonctionnels et du trismus. En cas de doute, l'ensemencement sur milieu spécial de Sabouraud permettra d'éliminer cette cause pathogène.

Le jeune âge des sujets atteints de lupus buccal, leur bonne santé apparente, font qu'on ne peut guère penser à un épithélioma. Mais si ce lupus survient chez des sujets plus âgés, comme c'était le cas chez une de nos malades, âgée de 51 ans, cette éventualité peut d'autant mieux être envisagée que souvent l'épithélioma de la muqueuse du maxillaire supérieur

peut avoir une évolution lente, sans tendance à l'ulcération ni à l'envahissement ganglionnaire. Il forme des nodules qui s'agglomèrent en choux fleurs, mais souvent prend le type papillomateux qui peut prêter à confusion avec l'affection qui nous occupe.

Au niveau du plancher de la bouche, l'épithélioma est plus facile à distinguer : il se caractérise à ce niveau par une ulcération, à base indurée, adhérente aux plans profonds. Les bords sont indurés, rouges, tuméfiés. Le fond est bourgeonnant et la tumeur saigne facilement. Enfin, il a une marche rapide, les ganglions sont pris de bonne heure, la cachexie s'installe précocement. Il y a des troubles fonctionnels marqués, des douleurs vives s'irradiant vers l'oreille.

En fait, c'est surtout à une ulcération syphilitique tertiaire ou à une lésion hérédo-syphilitique tardive que ressemblent les infiltrations lupiques de la gencive. Certains signes cliniques permettent cependant de différencier ces deux affections.

Au contraire du lupus, la syphilis est, le plus souvent, primitivement osseuse. La marche de la lésion est en général aiguë, rapide, ambulatoire. Elle peut être très douloureuse, et aboutit en général à la séquestration avec écoulement d'un liquide gommeux. L'ulcération elle-même est en relief, à disposition annulaire circinée, à bords taillés à pic. Le fond de l'ulcération est sanieux, bourbillonneux, rouge jaunâtre. On n'y voit pas de nodules, de bourgeonnements. Enfin l'anamnèse montre des antécé-

dents spécifiques et l'examen du système nerveux et de l'aorte peut confirmer le diagnostic. Il ne faut pas trop compter sur le Wassermann souvent négatif dans ces formes. Il faut aussi se rappeler que le lupus peut coexister avec une syphilis, et même d'après certains auteurs se greffer sur un syphilome.

Il n'en est pas moins vrai, que ces affections différentes, dont nous avons donné les caractères les plus opposables peuvent parfois donner lieu à des difficultés considérables de diagnostic clinique. Ceci impose l'obligation de pratiquer toujours une biopsie en vue d'un examen histologique. La recherche directe du bacille de Koch est, étant donné sa rareté, trop difficile pour servir au diagnostic. La découverte des follicules tuberculeux tranchera le diagnostic. Ces follicules tuberculeux se différencient des follicules que l'on rencontre dans certains tissus, tissus de granulation des plaies, tissus irrités par des corps étrangers ou des parasites, et surtout dans la syphilis par certains caractères. Dans la syphilis les petits vaisseaux sont perméables autour de la gomme, dans la tuberculose les petits vaisseaux entourants le follicule sont oblitérés. De plus, la cellule géante tuberculeuse a une couronne nucléaire riche en noyaux.

Donc, l'examen histologique peut permettre d'affirmer une tuberculose que la clinique laissait deviner. Dans les cas où l'examen reste douteux, on peut faire pratiquer une inoculation au cobaye.

La notion de la nature tuberculeuse de cette

affection peut-elle permettre de porter le diagnostic de lupus ? Dans un article paru en 1905 (1), le professeur Massei, de Naples, s'élève contre la distinction clinique encore respectée entre le lupus et la tuberculose vulgaire des muqueuses. A l'appui de cette opinion, il invoque les faits suivants : la communauté de l'agent pathogène des deux maladies, l'identité de la lésion histologique fondamentale, l'impossibilité fréquente de distinguer cliniquement le lupus de la tuberculose.

Donc, pour le professeur Massei, le lupus des muqueuses ne mérite pas d'être conservé dans les cadres de la nosographie.

Ces affirmations ont été réfutées par Escat (2) qui a montré les caractères distinctifs de ces deux formes de tuberculose. D'après cet auteur, la tuberculose des muqueuses se distingue du lupus par sa marche plus rapide en quelques mois, son apparition à la suite d'une tuberculose pulmonaire. La lésion tuberculeuse infiltre les tissus profonds, elle ne respecte aucun tissu et le tissu osseux moins que tout autre. Elle est le siège d'ulcérations étendues entourées d'une auréole rouge. On y voit souvent de véritables abcès miliaires.

Dans cette forme de tuberculose, les symptômes fonctionnels sont très marqués, la douleur, la dysphagie sont constantes, et l'on observe de l'hyperesthésie de la région malade, au contraire de l'anes-

1. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 11 mars 1905, n° 10.
2. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, oct. 1905.

thésie souvent retrouvée dans le lupus des muqueuses. Enfin, signe capital, l'état général est très mauvais, rapidement touché, le pronostic infiniment plus grave, d'autant plus que le traitement de cette forme de tuberculose est très aléatoire.

M. Chompret, qui a enrichi la pathologie buccale d'observations si remarquables a publié autrefois (1) le cas d'un jeune homme qu'il a examiné à Saint-Louis. Ce malade qui présentait une tuméfaction de la gencive et de la lèvre du côté droit, tuméfaction couverte d'ulcérations et de véritables abcès miliaires, était atteint de tuberculose du sommet droit. On retrouvait du pus sur les lésions, pus qui contenait à l'examen direct des quantités de bacilles de Koch. Le malade est mort en moins d'un an.

Entre cette forme aiguë rapide de tuberculose des muqueuses, où l'on trouve de nombreux bacilles, et la forme de tuberculose larvée, à évolution lente, à bacilles rares, que nous avons étudiée, il y a donc des différences cliniques suffisantes pour les distinguer.

Il peut y avoir identité de cause et de lésion sans que cela implique nécessairement l'identité clinique et, s'il y a des cas de transition, il y en a d'autres où les caractères différentiels sont évidents : « Seuls, dit Escat, doivent être opposés en clinique, les caractères objectifs les plus constants de chacun des deux types cliniques à différencier. »

1. Chompret, *Tuberculose miliaire de la gencive et de la lèvre*, Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, 5 juin 1913.

Nous pouvons donc dire que le lupus primitif des muqueuses est une affection cliniquement différente de la tuberculose des muqueuses et que son diagnostic est d'autant plus difficile que sa rareté fait qu'on n'y pense pas toujours.

Nous ne dirons que quelques mots du traitement de cette variété de lupus. Les deux cas que nous avons suivis ne nous confèrent pas une compétence suffisante pour en discuter. Notre maître, M. Roy, a pratiqué l'exérèse chirurgicale des deux lupus dont nous rapportons plus loin l'histoire. Dans le premier cas où les lésions étaient limitées, le résultat a été remarquable. Dans le deuxième cas, où les lésions beaucoup plus étendues évoluaient chez une tuberculeuse pulmonaire gravement atteinte, le résultat opératoire nous a paru un peu moins bon. On verra les résultats de ces traitements dans nos observations.

Une des malades de M. Chompret confiée au service de radiographie de Saint-Louis a subi plusieurs séances d'électrocoagulation espacées de quinze en quinze jours et revue deux mois après paraissait en bonne voie de guérison. Malheureusement cette malade est partie pour Montpellier avant la fin de son traitement.

Dans les formes peu étendues, bien limitées, chez des individus à bon état général, nous donnerions nos préférences à l'exérèse chirurgicale. Cette méthode a l'avantage de supprimer un foyer tuberculeux et permet de soustraire la malade aux dangers d'une

généralisation viscérale. Elle donne en plus dans ces cas limités une réparation parfaite, et une muqueuse néoformée absolument normale.

Dans les formes étendues, intéressant non seulement la fibro-muqueuse gingivale mais une portion notable des muqueuses labiales, jugales ou des tissus du plancher de la bronche, les méthodes chirurgicales risqueraient de causer des délabrements trop considérables. Le traitement par les agents physiques si en honneur depuis quelques années ouvre des perspectives heureuses au traitement du lupus des muqueuses. Les résultats obtenus par M. le Docteur Bourgeois, oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Laënnec dans le traitement du lupus de la pituitaire soit par la diathermo coagulation, soit par l'étincelage de haute fréquence, semblent indiquer ce traitement dans les cas étendus de lupus de la muqueuse buccale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (résumée)

M. Chompret, *lupus buccal* (1)

Il s'agit d'un jeune homme, Charles C..., âgé de 29 ans, dessinateur.

Les antécédents héréditaires de ce malade sont assez chargés et entachés d'arthritisme. Même remarque pour ses antécédents personnels, le malade présentant la plupart des manifestations décrites autrefois dans la diathèse scrofuleuse : soudure presque complète du pharynx au palais, ulcération du nombril pendant les premiers mois, suppurations cutanées répétées sur les membres, enfin à la suite d'une rougeole vers 9 ans, otite gauche suppurée, ayant laissé persister une otorrhée chronique. En même temps œdème chronique de la lèvre supérieure et adénite cervicale ne disparaissant qu'à 14 ans.

En 1889, le malade étant alors âgé de 9 ans, commence l'affection qui nous intéresse. La lèvre supérieure œdématiée, présente à droite d'abord, puis deux ans plus tard à gauche, une ulcération de forme ovalaire n'intéressant que la muqueuse et respectant la peau, ulcération superficielle coupée

1. *Lupus buccal*. *Revue de stomatologie*, juin et oct. 1909.

toutefois de fissures verticales profondes et douloureuses.

Le malade qui réside à cette époque à Angers est soigné par des attouchements à l'acide lactique des cautérisations au thermo-cautère, des curetages, sans succès. Le diagnostic porté à cette époque est celui de lupus foliolé.

L'ulcération supérieure gauche guérit au bout de trois années. L'ulcération supérieure droite, et une toute semblable qui se forma bientôt sur la lèvre inférieure du même côté, guérirent toutes deux en moins de huit jours, au cours d'un séjour que le malade fit au bord de la mer, et en l'absence de tout traitement. Cependant, depuis l'âge de 10 ans, des lésions ulcéreuses analogues étaient apparues sur les gencives supérieures et sur le palais et ne retrocédaient pas en même temps que les ulcérations labiales.

Ces nouvelles lésions étaient d'ailleurs indépendantes des autres, puisqu'elles avaient débuté sur le palais en arrière des incisives centrales supérieures. A 15 ans, alors que les autres lésions sont guéries, l'ulcération palatine est grande comme une pièce de 5 francs. Elle est plus profonde, à bords nets, indurés. Sa surface est végétante et suintante, se recouvrant de fausses membranes brun noirâtre, striées d'un vert jaunâtre, se détachant facilement et laissant voir une muqueuse rouge, saignante.

Progressivement la cicatrisation se fait en arrière, laissant quelques traînées blanchâtres, mais la lésion gagne à travers les espaces dentaires le vestibule buccal dans la région incisive, si bien que l'aspect de l'affection a pu faire croire qu'il s'agissait d'une stomatite localisée à cette région en rapport avec de la pyorrhée alvéolaire.

Le 27 octobre 1901, le malade vient à la consultation de

stomatologie de Saint-Louis. Voici l'état de la lésion à cette époque :

Le vestibule buccal dans la région incisive supérieure a pour ainsi dire disparu du fait d'une rétraction cicatricielle très nette, qui unit la gencive à la lèvre, et cela d'une canine à l'autre. La gencive et l'alvéole, atrophiés en grande partie, laissent voir les incisives déchaussées profondément ; de petits bourgeons rouges bordent ces dents et occupent en particulier les espaces interdentaires. En arrière des incisives, la lésion s'étend vers le palais entre les canines, sur une surface triangulaire dont le sommet est à 1 centimètre de l'arcade dentaire sur le raphé médian.

D'aspect blanchâtre, la lésion a des bords semés de petits bourgeons, et, sur toute la surface, on voit des sinuosités rougeâtres. Si on enlève avec un tampon d'ouate l'enduit blanchâtre, on voit une ulcération superficielle mais régulière de tout le triangle incisif.

Chaque matin le malade qui ne peut respirer que par la bouche, par suite de la synéchie étendue du voile au pharinx, trouve son ulcération recouverte d'une croûte noirâtre, purulo-sanguinolente, provenant du desséchement des sécrétations de la muqueuse ulcérée.

Enfin il n'y a pas d'induration, pas de douleurs spontanées ni provoquées. La muqueuse est souple.

Telle était l'aspect des lésions en 1902, lorsque le malade fut présenté à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie. A ce moment, la biopsie n'avait pas été faite, et le diagnostic hésitait entre une lésion hérédo-syphilitique et une lésion lupique.

Depuis, la marche de l'affection buccale, si torpide, si

indolente, ne réagissant à aucun traitement local ou général permet de porter le diagnostic de lupus buccal. Le malade revu en 1909, vingt ans après le début de la maladie, présente les lésions suivantes.

Sur la muqueuse palatine : au niveau des grosses molaires rien d'anormal ; à partir des deuxièmes prémolaires, la muqueuse, au voisinage du palais, devient rougeâtre. Au contact du collet des incisives se trouve, sur une largeur d'un demi-centimètre, une série d'ulcérations à bords mous et mals délimités, à fonds ternes, grisâtres. Partant des incisives centrales, une traînée rougeâtre, violacée, se fondant en avant avec la bande rougeâtre que nous avons décrite en arrière des dents, s'en va en s'élargissant rejoindre les piliers du voile du palais. Ces piliers sont accolés directement sur la paroi postérieure du pharynx et ne permettent à l'air de pénétrer dans les fosses nasales que par un infime pertuis caché par la luette.

L'examen du vestibule montre que celui-ci est disparu au niveau des incisives centrales. Il reparaît progressivement et retrouve sa hauteur normale au niveau des premières prémolaires. La muqueuse vestibulaire semble normale à partir des premières grosses molaires.

En avant de ces dernières dents, la muqueuse présente une série d'élevures très superficielles, de petits nodules rougeâtres, violacés, contrastant avec la couleur rose pâle de la muqueuse voisine.

On a dans la région incisive presque l'apparence de bourgeons charnus affaissés et accolés sur les racines des dents sans interposition de maxillaire. Ce dernier semble d'ail-

leurs complètement résorbé, au niveau des deux incisives centrales.

Il ne subsiste presque plus de tissu osseux en rapport avec les incisives latérales, et les canines elles-mêmes sont fort déchaussées. Le travail nécrosant commence déjà à découvrir le collet des premières prémolaires. Les deux centrales sont complètement ébranlées.

Les régions palatines et incisives sont complètement indolores, le malade pouvant se brosser les dents sans éprouver aucune sensation pénible.

Il est intéressant de noter que la lésion palatine qui il y a quinze ans s'étendait sur une largeur de 2 cm. 1/2, n'était plus en 1901 que de 2 centimètres et en 1909 de 1 cm. 1/2. Par contre la lésion qui respectait autrefois le vestibule l'a gagné progressivement et l'a détruit complètement au niveau des incisives centrales.

Il faut noter aussi l'aspect lisse et ferme de la région cicatrisée, aspect se rapprochant de la normale au point qu'on ne pourrait croire qu'il y a eu là des lésions.

L'état général du sujet est excellent, le cœur, les poumons, tous les organes sont sains.

Urines normales. L'otorrhée chronique existe toujours, les malformations du cavum ont déterminé de l'ozène.

C'est bien là une forme larvée de tuberculose, un lupus de la muqueuse.

Un examen histologique a été fait donnant les résultats suivants (1) :

1° Coupe perpendiculaire à la face externe de la gencive :

1. Les microphotographies de ces coupes histologiques sont parues dans la *Revue de Stomatologie* d'octobre 1909.

Faible grossissement : deux parties ; des travées partant de la couche pavimenteuse (épithéliale) et déterminant des masses nodulaires constituées par infiltration cellulaire ; dans la profondeur cette infiltration simule le sarcome ou lymphosarcome. Dans plusieurs de ces nodules même à faible grossissement, on aperçoit des amas de cellules géantes et des foyers de nécrose.

Fort grossissement : les travées sont constituées surtout à la périphérie par des cellules polygonales du corps muqueux de Malpighi.

Dans la profondeur le tissu conjonctif forme par places un réticulum. A la périphérie, là où manque l'épithélium on rencontre de nombreux vaisseaux, pour la plupart remplis de polynucléaires et dont l'épithélium est proliféré. Autour de ces vaisseaux on trouve des cellules de tissu conjonctif et des lymphocytes.

Les nodules vus précédemment à un faible grossissement sont constitués par des fragments cellulaires rappelant les follicules clos de la rate, ou le tissu ganglionnaire. Il y a donc grande diversité cellulaire, polymorphisme assez considérable. Au milieu de ces follicules il existe dans quelques cas des foyers de nécrose. Ces foyers sont circonscrits par des cellules géantes typiques. Toute la région où se trouvent les cellules géantes constitue un tubercule élémentaire avec follicules tuberculeux et dégénérescence caséeuse ;

2° Coupe parallèle à la surface externe de la muqueuse. Montre très nettement les travées épithéliales qui forment un véritable réticulum dans lequel sont incluses les masses cellulaires.

En résumé : 1° tissu inflammatoire; 2° infiltration de nodu-

les tuberculeux très nets ; 3o prolifération épithéliale venant de l'épiderme.

Donc tuberculose de la gencive avec prolifération épithéliale.

OBSERVATION II

MM. Chompret et Sassier, *lupus primitif buccal* (1).

Une jeune fille âgée de vingt-deux ans vint nous consulter à Saint-Louis, au mois de mai dernier, pour une ulcération indolore du plancher de la bouche qui l'inquiétait fort.

Elle s'en inquiétait d'autant plus que jusqu'alors sa santé avait été excellente. Jamais elle n'avait présenté le moindre trouble pathologique. Arrivée de province, où elle avait vécu jusqu'alors, en octobre dernier, c'est un mois après, en novembre, qu'elle s'aperçut, par hasard en passant la langue sur ses arcades dentaires, de la présence d'un orifice au niveau de l'espace interdentaire séparant la première et la seconde prémolaire inférieure droite. Elle n'y prêta pas grande attention. D'ailleurs, elle ne souffrait pas des dents. Les aliments chauds ou froids n'éveillaient aucune douleur, les mouvements nécessités par la prononciation et la mastication s'effectuaient normalement, et cette jeune fille laissa évoluer son mal sans y prendre garde.

Cependant, celui-ci s'étendait de plus en plus, lentement, mais sans rémission, dépassant de chaque côté l'espace interdentaire pour gagner progressivement, en fer à cheval, la région vestibulaire d'un côté et le plancher buccal de

1. Communication à la *Société de stomatologie*, séance du 18 juillet 1927.

l'autre. L'apparition d'un abcès, par infection secondaire probable, développé au niveau de cette dernière région, amena la malade à aller consulter un dentiste en ville. Celui-ci incisa la poche, prescrivit de grands lavages de bouche, des attouchements à la teinture d'iode, mais, frappé par l'aspect de l'ulcération buccale, l'engagea à aller se faire examiner à Saint-Louis.

Quand cette malade vient nous voir à l'hôpital, en mai dernier, on constate, en effet, au niveau du plancher de la bouche, à droite, immédiatement en regard de la région alvéolaire correspondant aux molaires, prémolaires et canine, une plage oblongue, ulcérée, d'une longueur de 3 à 4 centimètres. Elle est recouverte d'un enduit grisâtre que l'on détache facilement avec un tampon d'ouate, et l'on perçoit alors sa coloration pâle tranchant avec celle, plus rouge, de la muqueuse avoisinante.

Presque linéaire au premier abord, elle présente du côté lingual des bords décollés, non déchiquetés, rosés, recouverts de petits bourgeons minuscules mollasses, et déborde par l'espace interdentaire sur le rebord vestibulaire correspondant. Du côté vestibulaire, la région est parsemée de tout petits bourgeons charnus, rouges et mous.

Avec un abaisse-langue, on déplisse, sans provoquer aucune douleur, les contours de l'ulcération, et l'on tombe, assez profondément, sur un fond rougeâtre, inégal et granuleux.

Le palper bidigital, absolument indolent, ne provoque pas de saignement de la muqueuse. Il permet de constater que la base de l'ulcération est souple, et qu'à l'entour le plancher de la bouche n'est pas infiltré.

En examinant les arcades dentaires, on trouve deux prémolaires et une dent de six ans décolletées, très ébranlées. Seule, la seconde prémolaire ne réagit pas aux agents thermiques, et elle est tellement mobile que l'on doit l'extraire dès le premier jour. Elle est, d'ailleurs, d'apparence normale et ne présente pas trace de carie. L'exploration au stylet nous fait tomber sur un os dénudé, mais résistant.

D'autre part, toutes les autres dents sont saines, solidement implantées ; l'articulé se fait bien, et le reste de la cavité buccale, commissures, muqueuse jugale, région palatine, langue, vestibule du côté gauche, sont indemnes de toute lésion. La gorge est saine. On ne trouve ni hypertrophie tonsillaire, ni végétations adénoïdes. La voûte osseuse ne présente pas de déformations.

Les territoires ganglionnaires sous-maxillaires, jugulo-carotidiens et sous-mentaux ne sont pas engorgés.

En interrogeant la malade, on apprit qu'elle était la cadette de deux enfants en parfaite santé, que ses parents étaient bien portants et qu'elle-même n'avait jamais été malade. Elle était simplement gênée depuis le jeune âge par un strabisme convergent, qui semble être congénital, et pour lequel elle avait été opérée il y a deux ans, à Montpellier.

L'examen général complet ne nous fournit que des signes négatifs. En effet, la clinique ne décèle aucune lésion au niveau du poumon, et la radioscopie permet de constater que les champs pulmonaires sont de transparence normale. Le cœur, le foie, la rate semblent sains. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Les réflexes patellaires, achilléens et pupillaires sont normaux.

On fait pratiquer un examen ophtalmologique, qui montre des voies lacrymales saines. Quant à l'examen endonasal, il ne révèle aucune lésion, tant au niveau du méat moyen que des cornets inférieur et moyen. Enfin, la malade ne présente aucun trouble acoustique.

Voilà donc une lésion d'apparence absolument primitive, ayant évolué lentement, sans bruit, d'une façon particulièrement indolente, ce qui nous permet par là même d'éliminer dès l'abord les affections aiguës buccales : stomatite, zona, etc.

Dans le plan des affections à marche chronique, c'est à la syphilis ou à la tuberculose que cette lésion ressemblait le plus.

Certes, l'on pensa à la possibilité d'un néoplasme ; mais la lenteur de l'évolution, l'aspect de l'ulcération, en particulier la souplesse, l'absence d'adénopathie, et puis, malgré tout, le jeune âge de la malade en rendaient le diagnostic bien improbable.

Une actinomycose ? On y songea également, étant donnés surtout les caractères polymorphes de cette affection. Mais l'ulcération ne donnait pas cette sensation de tumeur conglomérée, ligneuse, si caractéristique. Elle n'adhérait pas aux plans profonds, ne présentait pas de foyers de suppuration, pas de grains jaunes, d'ailleurs si inconstants.

Il ne pouvait guère s'agir que d'une lesion spécifique, non pas dans le plan de ses manifestations rapides primaires ou secondaires, mais dans celles des lésions tertiaires à allure torpide, comme celles produites par l'hérédo-syphilis, ou d'une lésion tuberculeuse à marche lente.

Mais, d'une part, on ne relevait dans les antécédents de

la malade et de sa famille aucun trouble pathologique. Elle ne présentait aucune des déformations cranio-faciales ou bucco-dentaires de l'hérédo-syphilis, et seul le strabisme pouvait prêter à discussion quant à son étiologie. D'autre part, elle ne toussait pas, ne crachait pas, n'était entourée d'aucune personne tuberculeuse, respirait bien, et l'auscultation ne révélait aucun souffle ou craquement anormal.

Il demeurait difficile d'établir un diagnostic entre un syphilome en nappe, un épithélioma papillaire à marche lente ou un lupome buccal, sans des examens de laboratoire complémentaires. Aussi, en même temps que l'on excisait l'un des bords de l'ulcération pour biopsie, en ensemença l'un des fragments sur milieu de Sabouraud, on fit une prise de sang et on pratiqua un examen microscopique direct. On n'inocula pas de cobaye.

Par trois fois, les réactions de Wassermann, dont la dernière réactivée, furent négatives.

L'examen direct ne révéla que quelques microbes banaux: staphylocoques, fuso-spirilles, etc., mais ne permit pas de déceler de bacille de Koch.

Les cultures sur milieu de Sabouraud demeurèrent stériles.

Par contre, les résultats de la biopsie pratiquée par M. le Dr Civatte donnèrent la conclusion suivante : Au-dessous de l'ulcération, le derme a toute son épaisseur occupée par un tissu d'infiltration au milieu duquel on voit des îlots de cellules épithélioïdes avec d'énormes cellules géantes. Vers les bords de l'ulcération, et même au-dessous de la muqueuse encore intacte, on retrouve ce même tissu, mais il est distribué en nodules isolés et parfaitement limités

enserrés dans du tissu fibreux sans réaction inflammatoire appréciable comme dans le sarcoïde de Bœck. Seulement, la présence d'énormes cellules géantes, beaucoup plus volumineuses que celles observées dans le sarcoïde de Bœck, ne permet pas la confusion.

Au total : une lésion qui rappelle de beaucoup l'ulcère tuberculeux de la langue, mais avec une limitation très remarquable des follicules à la périphérie, d'où l'on peut inférer qu'il s'agit peut-être d'un processus qui ne serait pas très virulent.

En même temps, on fit faire une radiographie. Elle ne montra qu'une légère fonte des rebords alvéolaires correspondant à la région malade, la partie du maxillaire sous-jacent ayant conservé son opacité habituelle. En somme, les lésions osseuses étaient peu appéciables, mais leur existence prouvait cependant que le processus morbide était plus virulent qu'il n'apparaissait au premier abord. Il commandait un traitement énergique, mais, en pareil cas, le médecin se trouve toujours un peu désarmé.

Les attouchements à la créosote, au nitrate d'argent, au chlorure de zinc, en irritant continuellement la région, n'étaient-ils pas de nature à donner un coup de fouet à une affection torpide bien tolérée, comme on l'a parfois observé?

La thermo-cautérisation et la radiothérapie furent rejetées, en raison des résultats souvent infidèles auxquels elles donnent lieu.

Aussi, étant données les guérisons totales obtenues, depuis peu, sur des ulcérations buccales tuberculeuses secondaires à des lésions pulmonaires, par l'électro-coagulation, c'est à celle-ci que l'on eut recours. On confia la ma-

lade au service de radiothérapie de Saint-Louis, et là, après anesthésie régionale à l'épine de Spix, on pratiqua une première séance d'étincelage au début de juin. Depuis, ces séances se sont répétées trois fois. Après chacune d'elles, on laisse reposer la malade quinze jours. Il va falloir encore attendre un certain temps avant de pouvoir conclure à l'efficacité de ce mode thérapeutique. Mais n'est-ce pas déjà un résultat que d'avoir circonscrit un mal qui se propageait progressivement depuis novembre et qui, à partir de juin, n'a pas marqué de tendance à l'extension ? D'autre part, l'ulcération est moins profonde qu'il y a deux mois.

Nous pouvons ajouter à cette intéressante observation, les renseignements suivants : la malade a subi son traitement à Saint-Louis jusqu'en novembre 1927. La lésion muqueuse était en très bonne voie de guérison, mais malheureusement la malade a quitté Paris pour Montpellier à cette époque.

OBSERVATION III

Roy, Hennion, Frinault (1).

Mlle N..., rentière, 51 ans.

Bons antécédents héréditaires. Père mort à 83 ans d'une congestion pulmonaire, mère morte à 63 ans d'obstruction intestinale.

1. Nous remercions M. Frinault, Chef de clinique à l'Ecole dentaire d'avoir bien voulu nous donner les renseignements utiles à cette observation.

Les antécédents personnels sont également satisfaisants. La malade a eu une enfance et une adolescence indemmes de maladie. A 40 ans, pleurésie séro-fibrineuse *a frigore*. La malade se remet bien et son état général est resté très satisfaisant depuis cette époque.

Au mois d'octobre 1925, la malade va consulter M. Frinault chargé depuis longtemps du soin de sa denture, pour se faire extraire la racine fracturée de la canine supérieure droite. Cette dent est mortifiée depuis longtemps, mais il n'y a pas de réaction apicale, et aucune fistule ne se voit dans la région vestibulaire ou palatine.

L'extraction est pratiquée à ce moment, mais M. Frinault est frappé par l'aspect de la muqueuse surplombant cette dent.

A trois ou quatre millimètres au-dessus du collet de cette canine fracturée, à la jonction de la fibro-muqueuse gingivale et de la muqueuse vestibulaire proprement dite, on voit une plaque rouge foncé, indolente, saignante au moindre contact, qui est mise d'abord sur le compte d'une gingivite tartrique banale. Interrogée, la malade déclare ignorer totalement cette lésion de sa muqueuse, et il lui est impossible par conséquent de dire à quel moment elle a commencé.

Le traitement habituel de la gingivite tartrique est institué sans résultat. La lésion ne s'améliore pas. L'âge de la malade et l'aspect bourgeonnant et saignant de cette ulcération font craindre un épithélioma. Pourtant on ne trouve pas de ganglions indurés, et l'état général de la malade est parfait.

En 1926, la malade vient consulter notre maître, M. Roy.

Sa santé est toujours excellente, mais sa lésion gingivale ne rétrocède pas.

On procède à l'examen local : dans la région vestibulaire, se voit une ulcération, ayant la dimension d'une pièce de cinquante centimes et séparée par une bande de muqueuse saine de trois à quatre millimètres de hauteur, du rebord alvéolaire. La canine et les deux prémolaires sont absentes de ce côté. Les dents voisines sont saines et bien plantées.

Cette ulcération est de couleur rouge foncé, et tant par sa couleur que par son aspect bourgeonneant a l'apparence d'une framboise. Elle est en effet mamelonnée et couverte de petits bourgeons charnus qui forment un revêtement continu à la surface de l'ulcère. Ces bourgeons qui donnent à la lésion un aspect granuleux sont peu saillants et ne dépassent que très peu la surface de la muqueuse. Les bords sont assez bien délimités. Pourtant on aperçoit sur la muqueuse environnante de petits mamelons, des nodules un peu plus vascularisés que le reste de la muqueuse et qui semblent traduire l'infection à distance. Le bord supérieur de l'ulcération est légèrement décollé.

Si on essuie avec un coton la surface de cet ulcère, on a l'impression de l'égrener, et il se produit une hémorragie capillaire en nappe. L'exploration au stylet permet de sentir l'os dénudé, mais sans lésions de nécrose.

L'ulcération qui mord juste une petite portion de la fibro-muqueuse gingivale, s'étend vers le haut sur la muqueuse vestibulaire, jusqu'au fond du sillon gingivo-labial, en respectant totalement la face postérieure de la lèvre supérieure qui repose sur elle.

Il n'y a pas d'adénopathie, pas de suppuration, à peine

voit-on un petit exsudat muco-purulent entre les petits bourgeons.

Les muqueuses des parois jugales, des lèvres, de la langue et du pharynx et les autres régions de la gencive ne présentent rien de particulier.

A l'interrogatoire, la malade affirme qu'elle ignorait totalement que sa gencive était lésée. Ceci indiquait que cette affection ne devait donner lieu à aucun symptôme subjectif. En effet, la mastication n'est pas gênée, les sensations de chaud et de froid sont perçues mais non pénibles. Seul, le brossage est un peu douloureux, et la malade évite de frotter ses gencives. Il n'y a aucune douleur spontanée.

L'examen général ne montre rien de particulier. Tous les organes sont sains, et on ne trouve pas de séquelles de la pleurésie antérieure.

En présence de cette lésion très localisée, sans retentissement sur l'état général, quel diagnostic pouvait-on porter? Il n'y avait aucun stigmate de syphilis acquise ou héréditaire. L'âge de la malade et l'aspect de la muqueuse pouvaient faire penser à une tumeur papillomateuse, forme que revêt assez souvent l'épithélioma de la gencive. Mais l'absence d'adénopathie, de douleurs, de salivation, la bonne santé apparente de la malade n'étaient pas en faveur de ce diagnostic. On fait une biopsie qui donne le résultat suivant :

Tuberculose de la muqueuse gingivale : au-dessous de l'épithélium, on voit un matelas de follicules tuberculeux embryonnaires dont quelques-uns sont centrés par une cellule géante.

Il s'agissait donc d'une tuberculose torpide atténuée à marche lente, sans atteinte de l'état général. Le diagnostic

de lupus s'imposait. La malade se fait faire un traitement par les rayons ultra-violets pendant trois mois, avec des périodes de repos, car ce traitement la fatigue beaucoup et provoque des métrorragies qui l'effrayent.

Devant le peu de résultats obtenus, elle revient consulter M. Roy. On constate que les rayons ultra-violets, s'ils ont eu une influeuce fâcheuse sur l'état général de la malade, n'ont aucunement amélioré la lésion. Celle-ci est stationnaire, sans tendance à l'accroissement, ou à la régression. On fait une nouvelle biopsie qui montre une réaction épithéliale assez marquée peut-être sous l'influence des rayons ultra-violets : « Follicules tuberculeux avec cellules géantes anormales, entourés de pointes épithéliales réactionnelles assez lointaines, mais sans activité nucléaire particulière. Polynucléaires dans l'épithélium, mononucléaires dans le tissu conjonctif. »

Mais à la suite de cette biopsie, assez étendue par rapport au faible diamètre de l'ulcération, notre maître M. Roy, fut frappé de la facilité avec laquelle la petite plaie opératoire se réparait Il pensa qu'il pouvait tenter de guérir la malade en lui faisant une exérèse large de la muqueuse altérée. L'intervention acceptée, est pratiquée en janvier 1927 par M. Roy. Anesthésie locale par infiltration suivant la technique habituelle. L'incision porte de l'incisive latérale droite à la deuxième prémolaire du même côté. La muqueuse altérée est largement circonscrite, y compris les éléments évolutifs existant à la périphérie de l'ulcère. On détache la muqueuse à la rugine. L'os n'est pas nécrosé et il y a seulement un peu de dilatation des canaux de Hauers.

Un nouvel examen est pratiqué sur la pièce opératoire :

follicules rares, plasmodes multi-nucléés. Réaction épithéliale proliférative non maligne.

En un mois la plaie se recouvre d'une muqueuse saine et de bonne nature.

Nous avons revu la malade le 16 janvier 1928, soit un an après l'ablation de ce lupus gingival. L'état général est toujours très bon. La muqueuse est parfaitement cicatrisée à peine légèrement plus vascularisée que les tissus environnants. Elle est souple, et l'examen de cette région ne révèlerait rien d'exceptionnel à un observateur non prévenu. On peut considérer cette lésion comme guérie.

OBSERVATION IV

Roy et Hennion.

Mlle Charlotte L..., couturière, âgée de 25 ans.

Bons antécédents héréditaires. Le père et la mère sont bien portants. La malade a une sœur de 27 ans, en bonne santé.

Antécédents personnels. — La malade a eu une pleurésie séro fibrineuse du côté gauche il y a sept ans. Il y a deux ans, vers la fin de l'année 1925, elle commence à tousser et à maigrir, en même temps qu'elle constate l'apparition d'une petite ulcération siégeant sur le maxillaire supérieur, au voisinage du collet de l'incisive latérale supérieure gauche. Le 10 mai 1926, elle se présente au Dispensaire Léon Bourgeois. Atteinte de tuberculose pulmonaire, on l'envoie à l'Hospice de Brévannes, où elle séjourne quatorze mois. Le 21 septembre 1927, on la dirige sur le Service de tuberculeux de

l'Hospice d'Ivry. Le 6 octobre 1927, elle se présente à la consultation du Service dentaire de la Pitié.

La malade vient consulter pour son ulcération gingivale. Elle affirme qu'il y a trois ans, elle se fit soigner ses incisives cariées et qu'à cette époque, sa muqueuse gingivale ne présentait rien de particulier. Mais il y a deux ans, date de l'éclosion de ses accidents pulmonaires, la malade eut l'impression qu'un petit corps étranger avait déchiré sa muqueuse palatine au voisinage du collet de l'incisive latérale supérieure gauche. L'ulcération se développe, et un dentiste consulté lui fait des pointes de feu pendant un mois, sur toute la gencive supérieure. N'obtenant aucun résultat, il conseille les rayons ultra-violets dont on lui fait une seule application.

A Brévannes, on pratique des attouchements au bleu de Méthylène, sans résultat.

A l'entrée dans le service, la malade a bon aspect, et le revêtement cutané de la face ne présente pas de lésions. Il n'y a pas d'épaississement des lèvres, mais lorsque la malade ouvre la bouche, on est frappé du contraste que présente la fibromuqueuse gingivale suivant qu'on l'examine au maxillaire supérieur et au maxillaire inférieur. La muqueuse de la mandibule est pâle, presque livide, mais sans aucune altération autre qu'une légère gingivite tartrique. La fibromuqueuse du maxillaire supérieur, par contre, attire immédiatement l'attention par sa coloration rouge vif. Si on examine la fibromuqueuse lésée de plus près, on voit, depuis la deuxième prémolaire gauche absente, jusqu'à la première prémolaire droite qui fait également défaut, la gencive et la muqueuse vestibulaire, légèrement tumé-

fiées et mamelonnées, et d'une coloration rouge framboisé.

Cette lésion étendue en nappe, remonte en haut jusqu'au fond du sillon gingivolabial où elle s'arrête en respectant la muqueuse de la lèvre, qui repose sur elle. Cette muqueuse malade, qui a la couleur d'une framboise, en a aussi l'aspect. Elle est mamelonnée, granuleuse surtout aux niveaux des bords, qui sont de coloration un peu plus foncée, et sur lesquels on voit de véritables petits bourgeons rouges de la grosseur d'un grain de mil. De place en place, on voit de petits nodules jaunâtres enchassés dans la muqueuse.

Le long des collet des incisives, au niveau du bord libre, les granulations sont plus visibles, et on trouve à ce niveau un décollement assez important de la gencive. Ce bord décollé, mais non déchiqueté, forme une sorte de gouttière, dont le lambeau antérieur presque flottant descend sur la face antérieure des incisives, comme on le voit dans la gingivite hypertrophique. Au niveau des espaces interdentaires, le décollement est beaucoup plus marqué, et les languettes gingivales se laissent facilement décoller par la sonde.

Au niveau de l'espace proximal des incisives centrale et latérale gauches on voit une ulcération semée de petits nodules rouges, bordant une perte de substance en forme de boutonnière verticale qui laisse apercevoir dans la profondeur les racines fortement dénudées de ces deux dents. C'est cette ulcération qui marque le point de départ de la maladie.

Du côté palatin, la muqueuse présente le même aspect granuleux, bourgeonnant ; elle est semée de petits nodules rouges, surtout au voisinage du bord libre. Il y a à ce

niveau un décollement qui remonte sur le palais, sur un centimètre de hauteur, sauf au niveau des incisives centrales.

La muqueuse ne saigne pas, et ne suppure pas. On aperçoit seulement un enduit pultacé au fond des culs-de-sac gingivaux.

Cette plaque d'infiltration n'a pas de limites bien nettes et se confond insensiblement avec la muqueuse saine. En haut, au niveau du cul-de-sac vestibulaire, on voit de petites ulcérations à fonds rouges.

Au toucher, la muqueuse n'a pas une sensibilité beaucoup plus marquée qu'une muqueuse normale. La mastication s'effectue librement, les sensations de froid et de chaud sont normalement perçues et supportées. Il n'y a pas de douleurs spontanées. Le brossage de la gencive est seulement un peu désagréable et la malade s'en abstient. Les sensations de toucher et de contact sont moins bien perçues qu'au maxillaire inférieur.

Les muqueuses buccales, pharyngées, linguales, labiales sont indemnes. L'occlusion des dents est normale ; l'incisive latérale gauche est très mobile, non douloureuse, en antéversion légère. La latérale droite et la centrale gauche sont un peu mobiles. Toutes ces dents sont très déchaussées, car si l'os maxillaire ne présente pas de foyers de nécrose et de suppuration, par contre il y a une véritable fonte moléculaire des alvéoles. C'est plutôt une atrophie qu'une nécrose, car nulle part on ne trouve de pus ni de séquestres. La radiographie de cette région montre d'ailleurs cette résorbtion assez marquée, signature de l'extension sérieuse du processus tuberculeux.

Il n'y a nulle part d'adénopathie.

L'interrogatoire de la malade nous apprend que cette lésion est apparue en même temps que la toux et l'expectoration, sans qu'elle puisse préciser si l'ulcération est antérieure ou postérieure à l'atteinte pulmonaire.

L'état général de Mlle L... n'est pas mauvais, mais elle se plaint de maigrir. Elle a un peu d'asthénie, pas d'anorexie, un peu de toux, surtout la nuit. Elle a l'expectoration nummulaire typique de la bacillose, et le bacille de Koch y a été retrouvé.

Pas de dyspnée, température à cette époque aux alentours de 37°, sueurs nocturnes assez fréquentes, pas de diarrhée.

La malade a eu une légère hémoptysie le 15 mars 1927.

L'examen du thorax montre des dépressions sus-claviculaires très marquées.

A la percussion, on constate de la submatité bilatérale en avant, et en arrière une submatité bilatérale avec prédominance à gauche.

L'auscultation fait entendre, à droite, quelques râles sous-crépitants au sommet, une respiration diminuée à la base ; à gauche, des râles sous-crépitants disséminés dans le poumon, au sommet pectoriloquie aphone et retentissement de la toux.

La radiographie pulmonaire montre des lésions graves : infiltration parenchymateuse généralisée, surtout marquée dans les régions sous claviculaires. Aspect en nid d'abeilles, marbrures. Légère rétraction du médiastin du côté gauche. Pas de cavernes.

Le système nerveux est normal ; le Wassermann est négatif.

Le système vasculaire est normal ; la tension artérielle un peu basse 11 — 8 avec l'appareil de Vaquez.

Enfin, on ne constate aucune lésion du revêtement cutané.

En présence de cette lésion muqueuse, évoluant chez une phtisique, on pense de suite à la tuberculose gingivale. La lenteur de l'évolution, l'absence de symptômes subjectifs, l'aspect chagriné, l'infiltration nodulaire et le semi de granulations visibles sur l'ulcération, l'absence de suppuration incitent notre maître, M. Roy, s'appuyant sur l'expérience des cas analogues qu'il a déjà observés, à porter le diagnostic de lupus. Toutefois la biopsie n'a pas été faite à ce moment, car la malade devait être présentée à la Société d'Odontologie, et on voulait conserver à la lésion son intégrité.

Encouragé par l'heureux résultat obtenu par l'exérèse totale dans le cas précédent, M. Roy se décide à pratiquer la même intervention. Celle-ci a lieu le 24 novembre 1927.

Sous-anesthésie locale, la muqueuse malade est circonscrite au bistouri et détachée à la rugine. Comme dans le cas précédent, l'os est sain avec seulement un peu de dilatation des canaux de Havers. On sacrifie la canine, l'incisive latérale droite et l'incisive latérale gauche. A ce niveau, la région alvéolaire est en grande partie résorbée et on peut enlever à la curette une sorte de bouillie sanieuse, peu abondante il est vrai. On ne trouve nulle part de pus ni de séquestres. Les deux incisives centrales sont respectées sous réserve d'extraction future.

Examen de la pièce opératoire (1) : « lupus de la gencive,

1. Pratiqué par M. le Dr Delatter, chef du laboratoire de

tuberculose du versant proximo-dentaire du bourrelet gingival. Le versant libre (labial ou lingual) est constitué par un épithélium normal reposant sur un chorion d'épaisseur variable.

Le versant proximo-dentaire est constitué par un tissu granulomateux bourré de follicules tuberculeux que centrent des cellules géantes, et où prolifèrent assez activement des digitations épithéliales venues de la surface. Le revêtement épithélial est, en plusieurs points, absent, le tissu conjonctif tuberculeux arrivant alors à la surface. »

Les suites opératoires sont bonnes, la muqueuse se répare assez rapidement.

La malade est revue le 11 janvier 1927 à l'hospice d'Ivry.

La muqueuse est à ce moment entièrement cicatrisée. Elle a une teinte rouge foncé qui contraste encore avec la muqueuse pâle du maxillaire inférieur Mais elle n'a plus l'aspect granuleux, chagriné, qu'elle avait autrefois. Entre les deux incisives centrales, on aperçoit un petit nodule jaune enchassé dans la muqueuse, et un autre analogue au niveau du collet de la centrale droite. Sur le palais la gencive néoformée est également très rouge et a un aspect mamelonné mais moins granuleux qu'autrefois. Il n'y a pas de décollement ni de cul-de-sac, et la muqueuse enserre exactement le collet des dents. Pas de douleurs spontanées ni provoquées, le brossage de la gencive est devenu possible.

En somme la lésion paraît fixée et ne semble plus avoir de tendance à l'extension, mais la présence de petits nodules

recherches biologiques de l'École dentaire de Paris, que nous remercions de son concours.

jaunâtres sur la muqueuse ne permet pas d'affirmer la guérison.

La tuberculose pulmonaire évolue défavorablement, l'état général est mauvais, la malade tousse et crache de plus en plus, l'asthénie et l'amaigrissement augmentent, la température monte à 39 degrés presque tous les soirs.

CONCLUSIONS

Le lupus primitif de la muqueuse buccale est une localisation très rare du lupus primitif des muqueuses.

Il frappe en général des sujets jeunes de 5 à 30 ans, et plus souvent les femmes que les hommes.

Cliniquement, il est caractérisé par l'évolution silencieuse torpide d'un placard d'infiltration lupique rouge foncé, granuleux, muriforme, d'un aspect framboisé, pouvant s'ulcérer et sur lequel on aperçoit parfois des nodules jaunâtres enchassés dans la muqueuse; — par l'absense de suppuration et d'adénopathie; — par le peu d'intensité des signes subjectifs et la bonne santé habituelle des individus qui présentent cette lésion.

Anatomiquement, c'est un tissu néoplasique complexe, où l'on retrouve des follicules lymphoïdes ou épithéloïdes entourant de volumineuses cellules géantes, le tout noyé dans un infiltrat de cellules plasmatiques avec réaction conjonctive inflammatoire. Le plus souvent des digitations épithéliales pénètrent la masse lupique sans présenter le caractère malin.

Le diagnostic, difficile, surtout au début, impose la nécessité de l'examen histologique.

Le pronostic est sérieux, le lupus de la muqueuse pouvant aboutir à une tuberculose généralisée grave.

Nous donnerons la préférence, dans le traitement de cette affection, à l'exérèse chirurgicale lorsqu'il s'agira d'une lésion circonscrite. Mais dans les cas où l'infiltration lupique s'étend et envahit les muqueuses jugales, palatines, labiales ou celles du plancher de la bouche, nous nous adresserons aux agents physiques, notamment à l'étincelage.

Vu : le Président de la thèse,
BEZANÇON.

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Marty. — Lupus du larynx. Thèse de Paris, 1888.

Raulin. — Etude sur le lupus primitif de la muqueuse nasale. Thèse de Paris, 1888.

Momel. — Lupus scrofuleux des fosses nasales. Thèse de Paris, 1877.

Poyet. — Des scrofulides pharyngées. Thèse de Paris, 1888.

Rabourdin. — Contribution à l'étude du lupus primitif des muqueuses des voies aériennes supérieures. Thèse de Paris, 1905.

Collet (F.-J.). — Tuberculose du larynx, du pharynx et du nez. Doin et fils, 1913.

Lenglet.— Article Lupus (in: La pratique dermatologique E. Besnier, Brocq, Jacquet).

Darrier (J.). — Précis de dermatologie, 1923.

Brocq. — Dermatologie pratique.

Gaillard et Nogue. — Traité de stomatologie.

Frey (L.). et Rappe (Charles). — Pathologie des dents et de la bouche.

Vidal et Leloir. — Anatomie pathologique du lupus. Société biologique, 11 mai 1882.

Achard et Lœper. — Précis d'anatomie pathologique.

Roy. — Présentation de malades atteints de lupus primitif buccal (Société d'Odontologie, 6 décembre 1927 ; l'Odontologie, janvier 1928).

Vincent. — Un cas de lupus gingival (Revue de stomatologie, février 1922).

Hallopeau et Neveu. — Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie. Séance du 4 mars 1909 p. 77.

Chompret et Gaston. — Tuberculose gingivo-palatine probable (Société de dermatologie et de syphiligraphie, 5 février 1902).

Chompret. — Tuberculose miliaire de la gencive et de la lèvre (Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, 5 juin 1913).

Escat. — Légitimité de la distinction clinique du lupus et de la tuberculose vulgaire des voies respiratoires supérieures (Annales des maladies de l'oreille et du larynx, octobre 1905, p. 313).

Glegg. — Lupus of upper air passages (British medical association, 24 février 1905 ; British medical Journal, 11 mars 1905, p. 534).

Ravaut. — Traitement du lupus et des tuberculoses cutanées par la diathermo-coagulation (Troisième Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française. Bruxelles, 25-28 juillet 1926).

Leroux (Robert). — Les applications médicales de haute fréquence (Annales des maladies de l'oreille, 1924, p. 167).

Bourgeois et Poyet. — L'électrocoagulation en oto-rhino-laryngologie (Annales des maladies de l'oreille, 1923, p. 336).

Bourgeois, Poyet, Dutheiller de Lamothe et Portman. — La diathermie en oto-rhino-laryngologie (Annales des maladies de l'oreille, 1925, p. 277).

8046 – Impr. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 1-1928